

Informacion del Paciente

Apellido _____
 Nombre _____ M _____
 Direccion _____
 Ciudad _____ Estado _____
 Fecha de Nacimiento _____
 Sexo: Hombre Mujer Edad _____
 Estado Civil: Solo / Casado / Divorciado / Otros _____
 Telefono de la Casa _____
 Telefono celular _____
 Telefono del Trabajo _____
 Correo electronico _____
 Ocupacion (o grado) _____
 Empleadores _____
 Pareja (o padres) nombre _____

Informacion sobre el seguro

Nombre del suscriptor _____
 Fecha de nacimiento de suscriptor _____

Marque todos los que aplican

Revision de sistemas

- Colesterol alto Ataque al corazon
- Presion arterial alta/baja Murmullo
- Otros: _____
- Constitucional:**
- Fatiga Malestar
- Fiebre Cambios de peso
- Otros: _____
- Sistema Endocrino:**
- Hipotiroides Diabetes
- Caliente/Frio intolerancia hipertiroidismo
- Otros: _____
- Gastrointestinales:**
- Reflujo Acido Indigestion
- Nauseas/Vomitos Ardor de estomago
- Otros: _____
- Genitourinario**
- Agrandamiento de la prostata
- Calculos Renales UTI Frecuente
- Dificultad Para Orinar Incontinencia
- Otros: _____

HEENT

- Trasmision cranial Oido
- Disminucion de la audicion Dolor sinusal
- Alergias estacionales Dificultad para tragar
- Otros: _____

Hematologicas

- Facilidad de hematomas Anemia
- Sangrado excesivo Cancer (cualquiera)
- Otros: _____

Dermatologicas

- Erupcion Bulto
- Picazon Sequedad
- Otros: _____

Musculoskeletal

- Arthritis Debilidad Muscular
- Dolor de espalda/articulacion Rigidez
- Otros: _____

Neurologicos

- Alzheimer Movimiento
- Migranas Tremblores
- Exclerosis multiple Convulsiones
- Otros: _____

Psiquiatrico

- Depresion Perdida de memoria
- Ataques de panico Bipolar
- Ansiedad Esquizofrenia
- Otros: _____

Respiratoria

- EPOC Dificultad respiratoria
- Neumhyonia Bronquitis Cronica
- Asma Tuberculosis
- Otros: _____

NINGUNO DE LOS ANTERIORES

Proveedor De Atencion Primaria:

Medicamentos

Alergias a medicamentos:

Como se entero de nosotros?

X

Firma del paciente/Padre si menor Fecha